LIAISON DE SOIN DE MANCHESTER

CONSENTEMENT DU PARENT/TUTEUR (TRICE) DE LIBÉRATION ET ÉCHANGE D'INFORMATION CONFIDENTIELLE

J'autorise un échange d'information à l'égard du démographique, de l'assurance maladie, médecin, examen pour Ie plomb, examen pour la tuberculose, piqûre pour la grippe, immunisations et conditions médicales chronique de votre enfant entre Ie Département de Santé de Manchester et (cocher tous ceux qui sont applicables) :

☐ **Couvrir Enfants et FamilIes** (pour assistance avoir des Enfants en Santé)

☐ **Fournisseur de Soin de Santé** (pour assistance pour trouver un médecin)

(Écrire en caractères)

Nom du patient (en lettre moulée)	Data Nais	M / F	Parent/ tuteur (trice) (en lettre moulée)
	/ /		

Adresse rue ville	Apt #	code postal

No. Téléphone à maison	Téléphone au travail ou cellulaire	E-mail
( )	( )	

Autre personne à contacter	Autre personne numéro téléphone	Relations au Patient/e
	( )	

Meilleure heure et jour pour appeler: *lun. ____am / pm mar. ____am / pm mer.___ am / pm jeu.___ am / pm ven.____ am / pm*

À quelle école va votre enfant?	**Infirmirère Scolaire**	**Quelle Classe**

Nom Famille Frère/Soeur	Nom Frère/Soeur	Data Nais	M/F	École Fréquenter

Quelle façon avez vous entendu parler de Health Link?

☐ Infirmière Solaire	☐ Centre Grossesse CMC	☐ Ami/Famille
☐ Salle Urgence Elliot	☐ Salle Urgence CMC	☐ Service Communautaire Local
☐ Infirmière Santé Communautaire	☐ Garderie	Autre (spécifier_____

Avez vous un transport fiable? (encercler)	**Langue parler à la maison (encercler)?**
Oui Non Peut-être:	Anglais Français Autre: _____

S.V.P. cocher tous les groupes ethniques qui s'applique à vous:

☐ **Caucasien** [inclus pays tel que Irlande, Allemange, Liban, Arabie Saoudite, Pologne, Bosnie, états de la Moyenne Orient, etc.]
☐ **Noir/Africain – Américain/Africain** [inclus pays tel que Haïti, Jamaïque, Kenya, Congo, etc]
☐ **Asiatique** [inclus pays tel que Chine, Philippines, Bangladesh, Népal, Pakistan, Vietnam, Indonésie, Madagascar, etc]
☐ **Natif d'Hawaii ou autres Iles du Pacifique** [inclus pays tel que Hawaii, Samoa, Guam, Micronésie, Tahiti, Palu, etc]
☐ **Indigène d'Amérique du Nord ou Sud ou Alaska** [inclus pays d'Amérique du Sud et del Iles tel que Puerto Rico

Je consens à que l'information ci-dessus soit remise au Département de Santé de Manchester. En plus, j' autorise Ie Département de Santé de Manchester à partager cette information avec ceux qui fournissent les soins de santé à mon enfant et aux autres agences indiquer ci-dessus. Je comprends que cette autorisation peut être révoquer à tous temps par avis écrits. Je comprends que je peux demander une copie de ces avis signer. Cette autorisation est en effet pour un an de la date de signature.

_____ _____
Signature du parent / tuteur (trice) Date

_____ _____

Manchester Health Department
1528 Elm Street, Manchester, NH 03101
Tel: (603) 624-6466 x 312, Fax: (603) 624-6584

LIAISON DE SOIN DE MANCHESTER

CONSENTEMENT DU PARENT/TUTEUR (TRICE) DE LIBÉRATION ET ÉCHANGE D'INFORMATION CONFIDENTIELLE

Signature of Witness

Date

Manchester Health Department
1528 Elm Street, Manchester, NH 03101
Tel: (603) 624-6466 x 312, Fax: (603) 624-6584